

THÈSE

POUR LE

243

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Marc HOAREAU

Né le 27 Octobre 1906 à l'Ile de la Réunion

Considérations
sur les tumeurs gastriques
de nature bénigne

Président : TANON, Professeur

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince, VI^e

1940

245

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1940

N-

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Marc HOAREAU

Né le 27 Octobre 1906 à l'Ile de la Réunion

Considérations sur les tumeurs gastriques de nature bénigne

Président : TANON, Professeur

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince, VI^e

1940

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
	LEREBoullet.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 BESANÇON (Justin). Hydrologie.
 BONNET Bactériologie.
 BOULANGER .. Chimie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROUET Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CACHERA Pathologie médicale.
 CORDIER Anatomie.
 COSTE Pathologie médicale.
 COUVELAIRE (Roger). Urologie.
 DELARUE Anatomie pathologique.
 DELAY Pathologie médicale.
 DEGREGZ (H.) .. Physique.
 DESOILLE Médecine légale.
 DIGONNET Obstétrique.
 DOGNON Physique.
 FEVRE Pathologie chirurgicale.
 FUNCK-BRENTANO. Pathologie chirurgi-
 cale.
 GALLIARDParasitologie.
 GARCIN Pathologie médicale.
 M^{me} GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pa-
 thologique.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.

MM.

GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL.. Obstétrique.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LENEGRE Pathologie médicale.
 M^{me} J. LEVY... Pharmacologie.
 MARCHAL Pathologie médicale.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PATEL Pathologie chirurgicale.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirur-
 gicale.
 RENARD Ophthalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 SICARD Pathologie chirurgicale.
 SOULIE Pathologie médicale.
 SUREAU Obstétrique.
 TURPIN Pathologie médicale.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 VAUDESCAL ... Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE .	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale
BRULE		BROCQ	
CATHALA		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER ...	
CHEVALLIER..		de GAUDART	
DONZELOT		d'ALLAINES..	
DUVOIR		LEVEUF	
GASTINEL		MOULONGUET..	
HUGUENIN		MOURE	
LAROCHE (G.)..		QUENU	
LIAN			
MOREAU			
PIEDELIEVRE..			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale
METZGER	
PORTES	
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MES CHERS PARENTS

A MA CHERE FEMME,

*Dont la tendre affection m'a été un
inestimable appui au long de mes
études médicales.*

A MES CAMARADES DU P. S. B.
du 3^e bataillon du 246^e R. I.

A Monsieur le Professeur TANON,
Professeur d'Hygiène et de Médecine préventive
à la Faculté de Médecine de Paris,
Professeur à l'Institut de Médecine coloniale
et à l'Institut Supérieur d'Hygiène,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'honneur,

*Qui nous a fait le grand honneur d'ac-
cepter la présidence de cette thèse.
Qu'il veuille trouver ici l'expression de
notre respectueuse gratitude.*

INTRODUCTION

Les tumeurs bénignes de l'estomac ont suscité de multiples travaux consacrés, les uns à une seule variété d'entre elles, les autres aux traits généraux communs à ces lésions. On peut se demander pourquoi les tumeurs bénignes de l'estomac ont été l'objet d'aussi nombreuses recherches, alors que toutes les statistiques en démontrent la rareté. Nous pensons que l'intérêt qu'ont toujours éveillé ces tumeurs est dû à deux causes : d'une part, il s'agit là d'un problème concernant à la fois la clinique et la chirurgie; d'autre part, les difficultés que leur diagnostic soulève sont susceptibles d'être diminuées par la connaissance plus approfondie de leur symptomatologie et de leur évolution.

C'est qu'en effet la précocité de l'intervention, condition essentielle de la réussite opératoire, commande un diagnostic rapide, rendu souvent difficile par une symptomatologie et une évolution des plus variables, sous la dépendance du volume, du siège et de la nature histologique de la tumeur. Cependant, les récents progrès de technique et d'interprétation de l'exploration radiologique de l'estomac ont facilité, dans une certaine mesure, le diagnostic précoce des tumeurs bénignes gastriques, et ont permis de pousser plus avant l'étude de lésions qui, pendant longtemps, n'avaient été identifiées qu'au cours d'interventions ou d'autopsies.

Dans ce modeste travail, notre intention est d'exposer la question à un point de vue général; en nous appuyant sur les observations publiées jusqu'à ce jour, nous tenterons de retracer les grandes lignes de l'étiopathogénie, de la symptomatologie, de l'évolution, du diagnostic et du traitement de ces lésions.

Si la question des tumeurs bénignes de l'estomac s'offre sous le double aspect de leur morphologie et de leur histologie — cette seconde caractéristique permettant de poser un pronostic post-opératoire d'ailleurs assez restreint — la classification de ces tumeurs suivant la nature de leurs éléments cellulaires ne saurait offrir d'intérêt, car elle ne conditionne pas leurs manifestations cliniques. Nous nous bornerons donc à rappeler rapidement les différents types histologiques rencontrés, leur fréquence relative et leur évolution particulière, pour nous étendre davantage sur leur pathogénie, leur symptomatologie et leur traitement, qui sont surtout en relation avec leur développement et leur siège.

HISTORIQUE

L'historique de l'étude des tumeurs gastriques bénignes peut se diviser en deux périodes, la seconde, la plus proche de nous, et aussi la plus brève, étant dominée par un fait d'importance : l'introduction dans la pratique courante, puis le perfectionnement technique et diagnostique, de l'exploration radiologique de l'estomac. Si, comme nous le verrons plus loin, les signes radiologiques sont loin d'être constants et absolus, ils n'en permettent pas moins, dans la grande majorité des cas, de soupçonner l'existence d'une tumeur qui, par sa localisation et sa symptomatologie extrêmement variable, n'a longtemps été qu'une surprise opératoire ou une constatation d'autopsie.

Nous ne chercherons pas à rappeler ici toute la littérature consacrée, depuis CRUVEILHIER en 1842, à la question qui nous occupe. Nous nous bornerons à citer les travaux qui font date, soit par leur importance, soit par la rareté des faits qu'ils rapportent, parus depuis la thèse de MEYNARD en 1935.

Cette même année, SUFFRAN consacrait sa thèse aux manifestations hémorragiques des tumeurs bénignes de l'estomac, alors que l'observation de BRODIER se compliquait d'une anémie grave; F. MOUTIER, dans son *Traité de Gastrosopie*, DUVAL et BECLERE, dans leur « Radiologie clinique du Tube digestif », au chapitre « Estomac », BELOT et de VULPIAN, en précisent le diagnostic

radiologique. DISTEFANO, cette même année, en étudie les complications mortelles, tandis que des observations de lipomes sous-muqueux nous sont données par VERNE et TROISIER, et J. GLASS.

L'année 1936 nous apporte deux observations de myome gastrique, de SCHROEDER et de CONWAY, un cas de lipome et un cas de neurofibrome de RENANDER, un travail d'ensemble de MINNES et GESCHICKTER, une étude radiologique de LEVY-LANG. Toujours la même année, RIGLER étudie la fréquence et la dégénérescence maligne de ces tumeurs, tandis que BRULÉ et ses collaborateurs donnent une intéressante étude d'une variété assez rarement observée au niveau de l'estomac, la tumeur villeuse.

Une nouvelle observation de tumeur villeuse est apportée en 1937 par CAIN et CALTAN, des cas de lipome sont décrits par DIDIER, BARIETY et METIVET, une observation de schwannome par FIESSINGER et BERGERET. Le diagnostic radiologique de ces tumeurs fait l'objet des travaux de BOUTON et de MOORE, tandis qu'HARTMANN et STRUPPLER se consacrent à leur traitement.

En 1938, paraissent plusieurs ouvrages d'anatomo-pathologie, ceux de BIANCARDI, de REDEL, de SALARIS; trois observations de myome sont données par BOVIER, par SOUPAULT et par SWORN, tandis que NEYRAUD consacre un important ouvrage aux schwannomes. HARING reprend la question de l'anémie pernicieuse comme complication des tumeurs bénignes gastriques, et DIETHELM s'attache à l'étude de leur diagnostic radiologique.

Enfin, en 1939, MEYABAT consacre sa thèse aux schwannomes gastriques; ZWOLINSKI décrit une observation de

myome diagnostiqué et opéré comme kyste de l'ovaire, tandis que MILHIET rapporte un cas de myome diagnostiqué radiologiquement et excisé chirurgicalement.

Ainsi, en cinq années, les travaux publiés sur les tumeurs bénignes de l'estomac sont relativement nombreux — et nous n'en avons pas cité ici la totalité. Cependant, pour obtenir une vue d'ensemble de la question, il nous faudra dans certains cas recourir à des statistiques antérieurement publiées.

FREQUENCE

Les tumeurs gastriques bénignes sont rares. Pourtant, elles ne paraissent pas aussi exceptionnelles de nos jours qu'autrefois. Actuellement, les chiffres les plus communément admis oscillent entre 0,5 et 2% de l'ensemble des tumeurs de l'estomac. Une des statistiques les plus étendues, celle de ROWLAND et DOUGLAS, qui rassemble 4.654 observations puisées dans la littérature, établit que pour 150 tumeurs gastriques il faut compter 149 cas de néoplasmes malins. Pour EUSTERMANN et ELMER, qui s'appuyent sur le matériel de la Clinique Mayo, la tumeur gastrique est de nature bénigne 1 fois sur 200.

On pourrait objecter que ces chiffres restent au-dessous de la vérité, car il faut tenir compte des tumeurs de petit volume et d'évolution silencieuse, qui passent certainement inaperçues. Pourtant, le cas de BOVIER nous montre qu'un fibromyome de la grosseur d'une tête d'épingle en verre a pu être le point de départ d'un passé gastrique de 15 ans, avec aggravation considérable et amaigrissement important. Les chiffres de 0,5 à 2% peuvent donc être acceptés comme exprimant la fréquence de la bénignité des tumeurs gastriques.

Les deux sexes paraissent également atteints; mais l'âge des malades est rarement inférieur à 50 ans, exceptionnellement supérieur à 70 ans.

ETIO-PATHOGENIE

Les tumeurs bénignes de l'estomac ont l'étiologie commune à toutes les tumeurs de même nature, quelle que soit leur localisation. A cette prolifération pathologique, on s'accorde à reconnaître deux ordres de lésions prédisposantes : les unes sont constituées par une défectuosité de la structure gastrique, anomalie le plus souvent congénitale, mais qui peut également être acquise. L'observation, relativement fréquente, de polypes multiples siégeant sur toute l'étendue du tractus gastro-intestinal vient à l'appui de l'hypothèse d'une anomalie de développement atteignant l'ensemble de la muqueuse digestive.

Plus souvent, il existe une altération inflammatoire chronique de la muqueuse gastrique. Cette altération peut elle-même avoir des origines diverses : l'alcoolisme, les erreurs diététiques, une mastication défectueuse, des troubles trophiques dus à un athérome artériel. Comme facteur prédisposant, on retiendra encore toutes les infections microbiennes de la muqueuse. Dans la majorité des cas, et plus particulièrement en présence de tumeurs pédiculées, on a pu établir par l'examen microscopique de la muqueuse l'existence d'une gastrite chronique, à forme surtout hypertrophique. On comprend, en particulier dans le cas de tumeur pédiculée, que l'inflammation consécutive à une irritation chronique de la muqueuse, que cette irritation soit physique, alimentaire,

chimique ou bactériologique, provoque une hypertrophie locale, augmentée, mécaniquement, par les contractions de l'estomac, les ondes péristaltiques, la pression du contenu gastrique.

On peut donc dire que les tumeurs bénignes de l'estomac se développent toujours en un point de moindre résistance de la paroi gastrique; que cette prédisposition soit congénitale ou, plus souvent, acquise, les mouvements physiologiques de l'organe et le milieu chimique constituent des irritations qui favorisent le développement de la tumeur.

ANATOMO-PATHOLOGIE

A. — *Anatomo-pathologie macroscopique.*

Du siège, du volume, de l'aspect morphologique de la tumeur, plus encore que de sa nature histologique, vont dépendre la symptomatologie, les complications, l'évolution de la lésion. La tumeur peut se développer à l'intérieur de la cavité gastrique, au niveau de la petite ou de la grande courbure, mais plus souvent dans la région pylorique et juxta-pylorique. Encore doit-on tenir compte du fait que ce sont les tumeurs ainsi localisées qui, en provoquant les plus gros troubles fonctionnels, sont les mieux connues. Il est donc difficile de conclure à leur prédominance.

La tumeur gastrique peut demeurer intra-murale, ou encore prendre une extension extra-gastrique considérable.

Le volume des tumeurs bénignes de l'estomac varie de la dimension d'une tête d'épingle en verre à celle d'une tête d'homme. Leur forme est également variable : sessile ou pédiculée, arrondie, lobulée ou étirée, avec une base d'implantation généralement étroite. La tumeur gastrique est le plus souvent solide; les formations kystiques ne représentent que 5 à 6% de l'ensemble des tumeurs bénignes de l'estomac. Si la tumeur est le plus souvent unique, des polypes multiples peuvent également se développer au niveau de la muqueuse :

c'est alors la forme dite « polypose », rarement observée, et dont on a reconnu la tendance à la dégénérescence maligne.

B. — *Anatomo-pathologie microscopique.*

Les divers éléments cellulaires qui constituent la paroi gastrique peuvent donner lieu à une prolifération pathologique. La prédominance du tissu musculaire dans cette structure explique la fréquence du *myome*, qui représente à lui seul plus de la moitié des cas. Sous cette dénomination sont réunies toutes les formations dérivées des éléments musculaires de la paroi, myome pur, léiomyome, fibromyome, fibroléiomyome, adénomyome et adénoléiomyome. Le myome est généralement volumineux, pédiculé et siège surtout au niveau de la petite et de la grande courbure.

Une autre variété de tumeur bénigne gastrique mérite de retenir l'attention : ce sont ces curieuses tumeurs d'origine nerveuse, dues au développement neuromusculaire des tuniques viscérales, ou appareil de Schwann (LHERMITTE) et auxquelles on donne les noms de *schwannomes*, *neurinomes*, *gliomes*. Les schwannomes ont été estimés dernièrement par NEYRAUD comme représentant 10,9% de toutes les tumeurs bénignes de l'estomac. Ils siègent de préférence au niveau de la grande et surtout de la petite courbure. Ils peuvent revêtir des aspects anatomiques variés : exogastriques, et pouvant alors être confondus avec un kyste pédiculé; interstitiels, endogastriques, avec fréquemment des érosions muqueuses associées. Le diagnostic des schwannomes est rendu incertain du fait que ces tumeurs échappent à certains mo-

ments à la palpation. Cette difficulté diagnostique est d'autant plus redoutable que les schwannomes sont particulièrement dangereux, d'abord par les importantes hémorragies qu'ils peuvent occasionner, ensuite par leur tendance à la dégénérescence, depuis les formes microkystique, myxoïde, colloïdo-kystique, jusqu'à la malignité.

Par ordre de fréquence, citons encore le *papillome*, qui représente 8% de l'ensemble des observations publiées, et qui, composé d'un tissu conjonctif recouvert d'un épithélium cylindrique, reproduit partiellement la structure de l'adénome; l'*adénome* et le *polyadénome*, qui comptent pour 5% des tumeurs bénignes gastriques, et qui sont constitués par un noyau central conjonctif, des glandes irrégulièrement dilatées, kystiques, tubulaires, un épithélium cylindrique richement vascularisé, et qui sont recouvertes d'une fine couche de tissu musculaire lisse et d'une muqueuse hypertrophique. Ces tumeurs siègent surtout dans la région pylorique. Le *lipome*, de fréquence analogue à celle de l'adénome, généralement sous-muqueux, de petit volume, le plus souvent d'évolution silencieuse, ne subit qu'exceptionnellement une dégénérescence maligne. Le *fibrome*, dont la fréquence peut être évaluée à 4% de l'ensemble des tumeurs bénignes, consiste en un tissu fibreux recouvert par la muqueuse. L'*angiome*, plus rare (1,7 %), souvent sous-muqueux, siège au niveau du corps de l'estomac; il donne lieu à des ulcérations pouvant entraîner de grosses hémorragies.

Ainsi, toutes les variétés histologiques peuvent se retrouver parmi les tumeurs gastriques, sans qu'on puisse leur attribuer de caractère clinique ou symptomatolo-

gique bien particulier. Nous retiendrons simplement que, parmi elles, le schwannome et l'angiome, par la menace d'hémorragie qu'ils comportent, peuvent être considérés comme les formes les plus dangereuses des tumeurs qui nous occupent.

SYMPTOMATOLOGIE ET EVOLUTION

Il n'existe pas de symptomatologie propre aux tumeurs bénignes de l'estomac, qui peuvent être bien supportées pendant des mois ou des années, puis, brusquement, provoquer des troubles graves.

La tumeur, surtout si elle est interne et de petite volume, échappe le plus souvent à la palpation. Elle n'est vraiment décelable à l'examen physique que si elle est volumineuse, pédiculée, et externe. Mais qu'elle révèle ou non la présence de la masse tumorale, la palpation reste toujours indolore.

Suivant leur localisation et la transformation de leurs éléments histologiques, les tumeurs bénignes gastriques peuvent être le point de départ de complications graves, générales et locales.

Complications générales. — Par suite d'hémorragies graves et de crises douloureuses répétées, l'état général est parfois très touché, avec amaigrissement intense et anémie, allant jusqu'à la cachexie pseudo-cancéreuse. Les examens hématologiques, en présence de grosses hémorragies, révèlent un abaissement considérable de l'hémoglobininémie et du compte érythrocytaire. L'image sanguine peut aller jusqu'à reproduire les caractéristiques de l'anémie pernicieuse. Dans d'autres cas, la tumeur est très bien tolérée, et les signes généraux font défaut.

Complications locales. — Elles sont de deux ordres : les unes sont *fonctionnelles*, les autres *histologiques*.

Les *complications fonctionnelles* sont, suivant les cas, nulles, imprécises ou graves. Le malade peut accuser des tiraillements, une gêne locale en rapport avec le développement de la masse tumorale (GUTMANN). Les *troubles gastriques*, vagues pendant une longue période de temps, vont s'aggraver progressivement, sans que des douleurs vraies soient toujours présentes. Parfois, au contraire, apparaissent des douleurs intenses, sans rapport avec la position ou les repas; ou bien encore, ces douleurs seront soulagées par le décubitus et par de petites prises d'aliments. On a vu apparaître de véritables intolérances à toute alimentation solide. Les *vomissements*, fréquents, accompagnés ou non de crises douloureuses, ne constituent cependant pas un symptôme constant. Les *hématémèses*, occultes, légères ou abondantes, sont de règle, mais leur absence ne saurait entraîner un diagnostic négatif. Elles peuvent amener un état d'anémie grave.

Les *sténoses orificielles* sont beaucoup plus fréquentes que dans le cancer, puisque, à l'inverse de ce qui se produit en cas de malignité, les orifices, non infiltrés, gardent toute leur souplesse.

Des *troubles intestinaux*, avec *méloena*, *diarrhée* abondante et fétide, peut-être par irritation réflexe de l'intestin, peuvent coexister avec les troubles gastriques. Pour certains auteurs, la *lithiase urinaire* et *biliaire*, la *cirrhose hépatique*, la *sténose* et le *cancer de l'œsophage*, pourraient constituer des complications éloignées des tumeurs bénignes de l'estomac.

En opposition avec cette symptomatologie gastro-intestinale atypique, le syndrome dit de la « tumeur-sou-

pape » (VULLIET) est très caractéristique. La tumeur gastrique, lorsqu'elle est interne, pédiculée et juxta-pylorique, peut provoquer une stase transitoire, accompagnée de douleurs répétées, paroxystiques, spasmodiques, correspondant à l'enveloppement temporaire de la tumeur et de son pédicule par le pylore. Forçant l'anneau pylorique, la tumeur peut pénétrer dans le duodénum et réaliser une invagination gastro-duodénale qui, en l'absence de réduction spontanée ou d'intervention d'urgence, amène rapidement la mort.

Chimisme gastrique. — Dans ce domaine encore, les données fournies par les examens de laboratoire ne sont nullement pathognomoniques de la lésion. La sécrétion gastrique peut, dans certains cas, garder ses caractères normaux ou, au contraire, être retardée, irrégulière, peu abondante. L'acidité gastrique varie depuis un temps normal jusqu'à une hyperchlorhydrie notable, ou, plus souvent, une hypochlorhydrie accentuée. Dans la majorité des cas, en effet, on relève une hypochlorhydrie pouvant aller jusqu'à l'achylie totale, considérée parfois comme l'expression d'une défectuosité congénitale des glandes gastriques. Le pouvoir peptique de l'estomac est généralement abaissé.

Complications histologiques. — Relativement fréquentes, elles constituent le gros danger des tumeurs gastriques bénignes.

a) *Ulcération.* — Souvent, la tumeur n'a d'autre symptomatologie que celle de l'ulcus qui lui est secondaire. L'ulcère est une complication si fréquente de certains types de tumeurs, en particulier des adénomes, qu'on est amené à admettre une relation pathogénique étroite en-

tre les deux lésions. La tumeur favorise la formation de l'ulcère en créant dans la muqueuse un point de moindre résistance à l'action des sécrétions gastriques, elles-mêmes modifiées, quantitativement et qualitativement, par la présence de la tumeur primitive. L'hémorragie consécutive à l'ulcération de la tumeur gastrique peut avoir deux origines : soit l'ulcération des vaisseaux de la sous-muqueuse, entre la muqueuse amincie et la tumeur ; soit l'effraction directe des vaisseaux compris dans le tissu tumoral.

L'extension et l'évolution de l'ulcère sont extrêmement variables. Parfois, la tumeur peut totalement disparaître, et l'ulcère calleux découvert à l'intervention semblerait primaire, si l'examen histologique n'en révélait la nature véritable.

b) *Cancérisation.* — Aucune statistique d'ensemble ne permet d'apprécier la fréquence de la dégénérescence maligne des tumeurs bénignes de l'estomac. Les opinions personnelles divergent considérablement sur ce point. L'apparition de tissu carcinomateux semble particulièrement favorisée par la tumeur adénomateuse et le schwannome. La pathogénie du cancer secondaire est aujourd'hui bien connue. Des travaux expérimentaux ont permis de suivre l'évolution directe des éléments histologiques de la tumeur bénigne en éléments néoplasiques. L'ablation large et précoce de la tumeur préviendra cette possibilité de dégénérescence maligne.

La symptomatologie des tumeurs bénignes gastriques reste donc extrêmement variable et ne saurait, dans la plupart des cas, suffire à l'établissement du diagnostic précoce indispensable au traitement chirurgical.

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

L'examen radiologique constitue le meilleur moyen de diagnostic des tumeurs bénignes gastriques, non pas en fournissant des signes caractéristiques infaillibles, mais en apportant des éléments susceptibles d'établir la probabilité de l'existence de ces lésions. La lacune de remplissage peut être unique (soit médiogastrique, soit marginale), ou multiple. On peut définir comme suit les caractéristiques de l'image lacunaire :

1° La lacune de remplissage est petite et bien circonscrite;

2° Elle siège sur la paroi gastrique, laissant la courbe régulière et souple;

3° Les plis de la muqueuse sont bien conservés dans la région péri-tumorale;

4° Le péristaltisme et le transit restent normaux, sauf toutefois lorsque la tumeur siège dans la région pylorique;

5° On notera l'absence de niche, d'incisure, ou de tout autre indice de spasme.

La gastroscopie et l'insufflation pourront, dans certains cas, apporter une aide diagnostique appréciable.

Diagnostic différentiel. — L'interprétation des caractéristiques de l'image radiologique aidera à poser le diagnostic de tumeur bénigne en éliminant celui de néo-

plasme. Mais ces signes, d'appréciation difficile, peuvent manquer, ou rester discrets. On s'assurera de la *souplesse de la paroi* (infiltrée en cas de cancer); de la *conservation des plis de la muqueuse* (très déformés dans le voisinage d'une tumeur maligne); de la *régularité* et de la *netteté de la lacune* (qui est floue et irrégulière s'il s'agit d'un néoplasme malin); de l'*indolence* et de la *mobilité* de la tumeur (qui, si elle est maligne, est souvent sensible, et toujours largement implantée).

On pensera encore à l'image donnée à l'écran par la présence d'adhérences, par la compression due aux organes voisins, par l'existence d'un ulcère primitif, d'une syphilis gastrique, enfin d'une tuberculose gastrique hypertrophique (malgré la rareté de cette dernière affection).

Pronostic. — Le pronostic reste très variable suivant l'extension et le siège de la tumeur, les complications, l'âge du malade.

TRAITEMENT

Devant la fréquence de leur cancérisation, les tumeurs bénignes de l'estomac relèvent du traitement des tumeurs malignes. L'attitude du médecin qui soupçonne l'existence d'une tumeur gastrique non cancéreuse doit s'inspirer de la notion que le traitement radical de cette lésion est uniquement chirurgical, et que l'intervention, faite aussi précocement que possible, n'est souvent décidée que sur un diagnostic sans certitude absolue. Il ne reste, en définitive, qu'à préciser les contre-indications opératoires. La grande fatigue et l'âge du malade, l'implantation large de la tumeur, la présence d'adhérences multiples, écarteront l'intervention et feront recourir à la radiothérapie profonde, que pourtant les grosses hémorragies, les états d'anémie intense, contre-indiquent formellement. Mais on n'oubliera pas que le traitement palliatif n'a jamais amené de résultats brillants. Les différents auteurs qui ont eu recours aux agents physiques, avant tout röntgen- et radiumthérapie, n'ont pas obtenu de rétrocession importante et durable des troubles fonctionnels et généraux.

Dans tous les cas échappant à la chirurgie, on effectuera des examens radiologiques renouvelés et fréquents, afin d'être en mesure de déceler, aussi précocement que possible, une éventuelle cancérisation des éléments tumoraux. C'est alors seulement qu'on mettra si possible en œuvre un traitement radiothérapique intense.

D'autre part, en l'absence de grosses hémorragies, le traitement chirurgical perd son caractère d'urgence, et le médecin peut prendre le temps de renforcer son diagnostic à l'aide de tous les examens, radiologique, hématologique, chimique, qui sont à sa portée.

Le traitement diététique et médical strict de l'ulcère secondaire à une tumeur non cancéreuse, tenté dans l'ignorance de la nature vraie de la lésion, est voué à un échec certain. Un ulcère qui ne s'améliore pas sous l'action du traitement médical prolongé est justiciable de l'acte opératoire, au cours duquel on procédera à l'examen soigneux de l'estomac; la nature histologique du tissu d'implantation commandera, s'il y a lieu, l'exérèse large non seulement de la tumeur, support de l'ulcère, mais aussi de toute la région juxta-tumorale, d'apparence saine.

Tous les auteurs s'accordent aujourd'hui à reconnaître la nécessité de l'ablation large de la tumeur et de son voisinage. L'opération conservatrice, qui a pu autrefois recueillir des suffrages, est actuellement écartée devant les risques de cancérisation qu'elle comporte. Certains chirurgiens se sont montrés partisans de la gastrotomie au niveau de la paroi postérieure. Ce procédé a également été abandonné. La biopsie et la préparation de coupes gelées n'offrent qu'une sécurité relative, en particulier dans les cas de tumeurs multiples. La nature histologique de la coupe n'apporte de renseignement que pour un point très limité de la paroi gastrique.

Grâce aux récents progrès de la technique opératoire en gastro-entérologie, la résection étendue est possible dans tous les cas. Aucun procédé n'est aussi sûr, ni, en

fin de compte, aussi économique, qu'une gastrectomie bien conduite. L'opinion, assez répandue, qu'une grande proportion des tumeurs bénignes sont, à leur base d'implantation, entourées d'une zone d'infiltration néoplasique, apporte un nouvel argument à l'appui de la résection étendue.

Le chirurgien devra éviter l'erreur qui consiste à méconnaître la tumeur, parfois petite, et qui peut échapper à une investigation superficielle. Dans les cas douteux, il ne faut pas hésiter à pratiquer l'incision exploratrice de la paroi gastrique : bien des néoformations peu volumineuses et sous-muqueuses seront ainsi découvertes.

La technique chirurgicale dépend du siège de la tumeur. Pour une lésion du corps de l'estomac, l'exérèse large de la tumeur et de sa zone d'implantation, et la méthode du bout à bout, s'imposent. Une tumeur siégeant dans la région pylorique commande, après exérèse large, l'anastomose bout à bout de l'estomac au duodénum. S'il existe un ulcère localisé hors de la région pylorique, on aura recours à la méthode d'anastomose dite de Polya.

La mortalité opératoire, lorsque les indications ont été soigneusement posées, et que l'intervention a été faite à temps, est extrêmement basse. Les résultats éloignés, les suites fonctionnelles, contrôlées à l'écran, sont en règle générale très satisfaisantes, et les récidives sont exceptionnelles lorsque l'excision a été suffisamment étendue.

CONCLUSIONS

I. — Les tumeurs bénignes de l'estomac, bien que rares, ont fait l'objet de nombreux travaux tendant à en préciser le diagnostic, souvent difficile.

II. — Leur symptomatologie est en effet des plus variables, et dépend beaucoup plus de leur siège et de leur volume, que de leur nature histologique.

III. — Tous les éléments cellulaires qui composent la paroi gastrique peuvent donner lieu à une prolifération pathologique.

IV. — Les tumeurs les plus menaçantes semblent être le schwannome et l'adénome, qui comportent des risques d'hémorragie. Toutes les variétés de tumeurs sont, à des degrés divers, susceptibles de cancérisation.

V. — L'ablation large et précoce de la tumeur et de sa base d'implantation est le seul traitement curatif. Lorsque l'âge ou l'état du malade contre-indiquent l'intervention, on aura recours à la radiothérapie profonde.

Vu : *Le Doyen,*
TIFFENEAU

Vu : *Le Président de Thèse,*
TANON

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES

(Travaux postérieurs à 1935)

- BARIÉTY (M.) et BROUET (G.). — *Bull. Méd.* LI : 209-211, 27 mars 1937.
- BELOT (J.) et DE VULPIAN (P.). — *Journ. radiol. électrol.* XXI : 115-117, mars 1935.
- BIANCARDI (J.-A.), CERRUTI (T.) et DE FRANCESCO. — *Rev. méd. Rosario.* XXVIII : 727-740, juillet 1938.
- BOUTON (E.). — *Bull. Mém. Soc. radiol. méd. France.* XXV : 313-315, avril 1937.
- BOVIER. — *Bull. Mém. Soc. des Chir.* XXX : 317-320, 3 juin 1938.
- BRODIN (P.). — *Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp.* LI : 504-508, 1^{er} avril 1935.
- BRÛLÉ, CAIN (A.), MOULONGUET (P.), HILLEMANT (P.) et AUBRUN (W.). — *Presse Méd.* XLIV : 482-485, 21 mars 1936.
- CAIN (A.) et CALTAN. — *Arch. mal. app. dig.* XXVII : 1.009-1.024, décembre 1937.
- CONWAY (J.-H.). — *Arch. Surg.* XXXIII : 792-807, novembre 1936.
- DIDIER (R.). — *Arch. mal. app. dig.* XXVII : 442-446, avril 1937.
- DIETHELM (L.). — *Fortsch. Geb. Röntgenstr.* LVIII : 375-378, octobre 1938.

- DISTEFANO (G.). — *Arch. ital. mal. app. dig.* IV : 267-280, juillet 1935.
- DOUGLAS (J.). — *Ann. Surg.* LXXVII : 580-586, 1923.
- DUVAL (P.), ROUX (J.-C.) et BÉCLÈRE (H.). — *Radiologie Clinique du tube digestif. I. Estomc.* 252 pp. Masson, édit., Paris 1935.
- EUSTERMAN (G.-B.) et SENTY (E.-G.). — *Surg. Gyn. Obst.* XXXIV : 5, janvier 1922.
- FIESSINGER (N.) et BERGERET (A.). — *Mém. Acad. Chir.* LXIII : 758-762, 2 juin 1937.
- GLASS (J.). — *Arch. mal. app. dig.* XXV : 706-711, 1935.
- GUTMANN (R.-A.) et THALHEIMER (M.). — *Arch. mal. app. dig.* XIX : 279-290, mars 1929.
- HARING (W.). — *Münch. Med. Woch.* LXXXV : 1.544, 7 octobre 1938.
- HARTMANN (H.). — *Mém. Acad. Chir.* LXIII, 19 mai, 1937.
- LÉVY-LANG (P.), CANONNE (P.) et STUHL (M. et L.). — *Gaz. méd. de France* (Supp. radiol.) XLIII : 33-34, 15 février 1936.
- LHERMITTE (J.) et LEROUX (R.). — *Rev. neurol.* : 286-293, 22 mars 1923.
- MÉTIVET (G.). — *Mém. Acad. Chir.* LXIII, 5 mai 1937.
- MEYABAT (A.). — *Thèse de Toulouse*, 1938-1939.
- MEYNARD (M.). — *Thèse de Paris*, 1935.
- MILHIET (H.). — *Gaz. méd. de France.* XLV : 871-872, 1^{er} octobre 1938.
- *Soc. des Chir. de Paris*, séance du 16 juin 1939.

- MINNES (J.-F.) et GESCHICKTER (C.-F.). — *Am. Journ. Cancer*. XXVIII : 136-149, septembre 1936.
- MOORE (A.-B.). — *Journ. Am. Med. Assoc.* LXXXIX : 368-370, 30 juillet 1937.
- MOUTIER (F.). — *Traité de gastroscopie et de pathologie endoscopique de l'estomac*, 347 pp. Masson, éd., Paris 1935.
- NEYRAUD (Ch.). — *Les schwannomes de l'estomac*. Arnette, éd., Paris 1938.
- PETERSEN (G.-F.). — *Acta Radiol.* XVI : 616-620, 1935.
- REDELL (G.). — *Acta chir. Scandinav.* LXXXI : 323-342, 1938.
- RENANDER (A.). — *Acta Radiol.* N° 99 : 491-497, 31 oct. 1936.
- RIGLER (L.-G.) et ERICKSEN (L.-G.). — *Radiology* N° 1 : 6-16, janvier 1936.
- SALARIS (S.). — *Arch. Ital. delle malattie dell app. dig.* VII : 499-536, nov. 1938.
- SCHROEDER (F.). — *Arch. klin. Chir.* CLXXXIV : 738-745, 1936.
- SOUPAULT (R.). — *Mém. Acad. Chir.* LXIV : 319, 23 février 1938.
- STRUPPLER. — *Deutsch. Ztschr. Chir.* CCXLVIII : 467-474, 15 janvier 1937.
- SUFFRAN (R.). — *Thèse de Lyon*, 1934-1935.
- SWORN, COOPER *Lancet*. — CCXXXIV : 428-429, 19 février 1938.
- TROISIER (J.), BARIÉTY (M.), BROUET (G.). — *Arch. Mal. app. dig.* XXVI : 787-808, 1936.

UHRY (P.). — *Médecine*. XVI : 573-574, juillet 1935.

VERNE (J.), TROISIER (J.), BARIÉTY (M.), BROUET (G.). —
Ann. d'anat. path. XII : 475-476, avril 1935.

VULLIET (M.). — *Rev. méd. Suisse Romande*. XLVI : 918,
1926; XLVII : 25, 1927.

ZWOLINSKI (T.). — *Medycyna* N° 8 : 334-336, 1939.

